

まちかどセルフチェックについて

— 特定高齢者の候補者における
薬局からの情報提供 —



青森県健康福祉部高齢福祉保険課

青森県の状況

人口 (H18. 2. 1現在)	人口:1, 467, 232人 高齢者人口:327, 857人 (22. 35 %)
要介護認定率	18. 6% (H19. 1月) * 介護保険事業状況報告より
第1号被保険者保険料 県平均(加重平均)	4, 781円 (H18~20年度) * 全国3位 (全国平均4, 090円)
地域包括支援センター 設置状況	21市町村 31箇所 直営:16市町村 16箇所 委託: 5市町村 25箇所 * 19年4月には全市町村(40)で設置

介護予防の実施状況について

高齢者人口（H'18.12.1現在）	a)	334,261人	22.96%
基本チェックリスト実施者数	b)	70,550人	21.11% ^{b/a}
生活機能評価の受診者数	c)	65,370人	19.56% ^{c/a}
特定高齢者候補者数	d)	1,718人	0.51% ^{d/a}
特定高齢者数	e)	1,127人	0.34% ^{e/a}
通所型・訪問型介護予防事業参加者数	f)	132人	11.71% ^{f/e}

※平成19年11月30日時点の調査

<課題>

- ① チェックリスト実施者が少ない→21.11%
- ② 基本健診ルートのみによる特定高齢者の把握が多い
- ③ 特定高齢者に決定されても介護予防事業への参加が少ない→11.71%

事業概要と経緯

開始時期	平成19年1月
実施市町村数	12市町村/40市町村 *19年度は、29市町村で実施予定
実施までの経緯	①県薬剤師会から事業提案 ②市町村へのアンケート調査 ・事業案を提示しての実施意向等調査 ③マニュアルの作成及び通知 ④県薬剤師会による薬局への事業周知 *2-3は県薬剤師会と打ち合わせをしながら県で実施 4は県薬剤師会で実施

市町村に対するアンケート調査

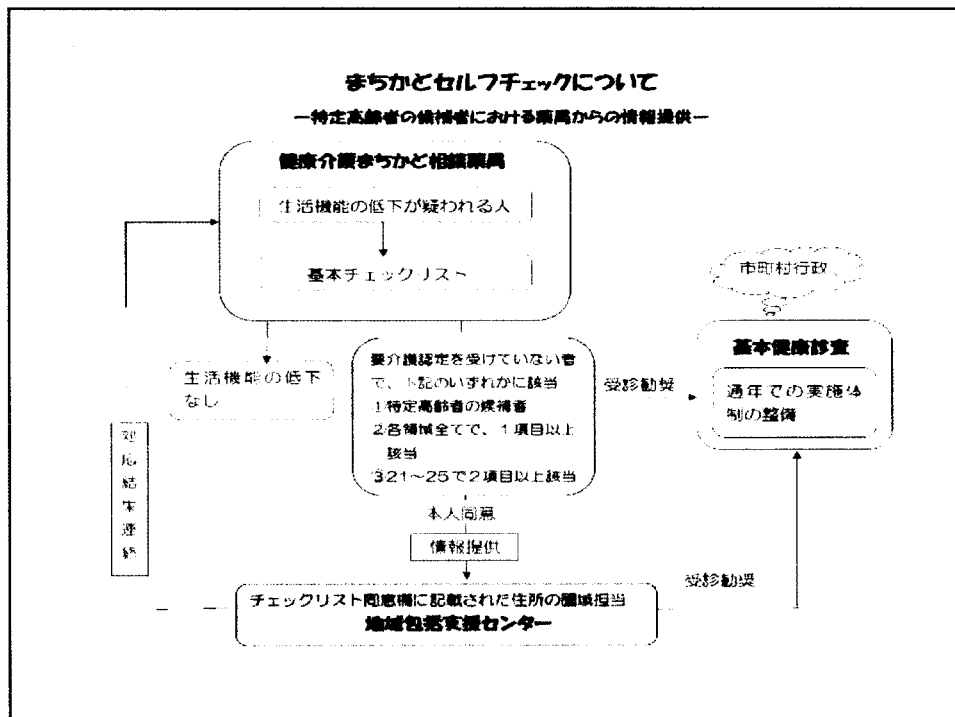
1. 実施時期	平成19年10月				
2. 調査内容	①事業の実施希望年度 ②実施しない理由 ③実施方法や情報提供内容の追加・修正箇所 等				
3. 回答状況	*事業家の提示 ①フローチャート ②対応方法 ③対象者 等について案を提示				
	実施希望年度	今年度から	⑨年度	左記以外	計
	市 町 村 数	13	17	10	40
	*回答率 100%				
4. 市町村意見等	① 情報提供の対象者を絞って欲しい (特定高齢者の候補者のみ 等) ② 薬局への回答内容の検討 (結果は全て欲しいが薬局への回答は特定高齢者のみに 等) ③ 介護認定、健診受診状況の確認 ④ 今年度から情報提供を希望しない理由 (地域包括支援センター未設置・マンパワー不足等)				

「健康介護まちかど相談薬局」研修会

*県薬剤師会が実施

時間数	4時間
研修プログラム	① 健康介護まちかど相談薬局事業、地域支援事業の概要、ケアマネジメントの理解と薬剤師の関わりについて ② 介護保険制度・介護保険サービスの基礎理解、特定高齢者把握事業について ③ 地域包括支援センターの役割と薬局との連携 ④ 演習問題
特徴	① 講義だけでなく、演習を取り入れている ② 簡単な試験問題の実施とレポートの提出を義務づけ
その他	健康介護まちかど相談薬局数：260軒 (県内薬局数：500軒) *県薬剤師会より

*18年度内容



<情報提供及び結果連絡の目的>

- ① 特定高齢者の候補者となる恐れのある高齢者を早期に発見すること
- ② 地域包括支援センターや介護予防についての普及啓発の機会とすると
- ③ 基本健康診査の受診勧奨の機会とすること
- ④ 地域包括支援センターと薬局のネットワークづくりの機会とすること

* 結果連絡については対応結果が大きな問題ではなく、これを一つの機会としてネットワークづくり連携の強化を図ることが目的である

<情報提供対象者>

★ 要介護認定を受けていない者で、以下のいずれかに該当する者

- ① 特定高齢者の候補者に該当する者
- ② 各領域全てで、1項目以上該当する者
(領域：共通事項、運動機能、栄養改善、口腔機能閉じこもり、認知症、うつ)
- ③ 21～25で2項目以上該当する者(うつ)

様式1(本人記帳用)

基本チェックリスト

① 今年度の要介護評価(未・済)
② 要介護認定(要介護・要支援)

質問項目	回答	スコア
1 バスや車庫で1人で外出していますか	○ はい	1. 0点
2 日用品の買い物をしていますか	○ はい	1. 0点
3 郵便物の出し入れをしていますか	○ はい	1. 0点
4 友人の集まりをしていますか	○ はい	1. 0点
5 家族や友人の招きに応じていますか	○ はい	1. 0点
6 階段昇降の支障が感じられていませんか	○ はい	1. 0点
7 椅子に座った状態から立ち上がりづらく感じませんか	○ はい	1. 0点
8 15分位歩いて歩いていますか	○ はい	1. 0点
9 この1年間に転んだことがありますか	1. はい	0. 0点
10 転倒に対する不安は大きいですか	1. はい	0. 0点
11 6ヶ月間で2～5kg以上の体重減少がありましたか	1. はい	0. 0点
12 身長 (m) 体重 (kg) (*BMI 18.5未満なら該当) *BMI (= 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m))		
13 半年前に比べて固いものが食べにくくなりましたか	1. はい	0. 0点
14 お茶や汁物等で飲むことがありませんか	1. はい	0. 0点
15 口の渇きが気になりますか	1. はい	0. 0点
16 月に1回以上は、外出していますか	○ はい	1. 0点
17 昨年と比べて外出の回数が減っていますか	1. はい	0. 0点
18 周りの人から「いつも同じ事を聞く」などの物忘れがあると感じられますか	1. はい	0. 0点
19 自分で薬の量を量り、薬をのめることをしていますか	○ はい	1. 0点
20 毎日約90分位歩いたり散歩が楽しめますか	1. はい	0. 0点
21 (ここ2週間) 毎日の生活に充実感がありませんか	1. はい	0. 0点
22 (ここ2週間) これまで楽しんでやっていたことが楽しめなくなりましたか	1. はい	0. 0点
23 (ここ2週間) 以前は楽しんでやっていたことが多々おぼろしく感じられるようになりましたか	1. はい	0. 0点
24 (ここ2週間) 自分が歩けなくなりましたか	1. はい	0. 0点
25 (ここ2週間) わけもなく眠れなくなったことがありますか	1. はい	0. 0点

<留意事項>
「・・・していますか」の質問です！
1. 現在の行動を記録します。
2. 最良(しない、あるいは「ほとんどしない」)場合は、「いいえ」とします
(例) 質問8「15分位歩いて歩いていますか」
歩けるかどうかの質問ではなく、「散歩、歩いているかどうか」の質問です。
ですから、15分歩いても、最良(15分位歩いている)場合は、「いいえ」となります。

★ 市町村及び地域福祉支援センターに、情報提供することに同意します。 NO

作成 年 月 日

住所 () () () 氏名 () () ()

1. 薬局の対応

- ① 本人同意のもと、チェックリストの実施を勧める。
- ② 自己記載してもらったものを、以下の事項について確認後、本人同意を得て地域包括支援センターにFAXで情報を提供する。
 - a. 当該年度の基本健診受診状況
 - b. 要介護認定の状況
 - c. チェックリストの記載について、21～25の項目では「ここ2週間」として捉えたか、「しているか」で記載したか
- ③ FAX送付する場合は、様式1「基本チェックリスト」と様式2「特定高齢者の候補者把握における薬局からの情報提供について（薬局→地域包括支援センター）」の2枚を送信する。この時、情報提供者に番号を付し同意欄のNOに記載する。
- ④ FAX送信する場合は、個人情報を含むことから、必ず送信前に相手方を確認した上で送信する。（電話にて事前に送信する旨連絡の上、送信する）
- ⑤ 藤崎町については、地域包括支援センター未設置であることから、福祉課あて送信する。

- ⑥ 情報提供者の番号管理は、薬局で実施する。
 - * 番号は「年・月日・紹介薬局のその日の紹介番号」とする
 - 例) 2007年1月20日、最初の紹介者
「070120-01」（8桁）
- ⑦ 基本健診未受診者については、健診の必要性の説明と受診勧奨を実施する。特に、医療機関に通院している人の中には、通院しているため健診受診の必要性はないと考えている人も多いことから、通院している場合であっても、市町村で実施している基本健診を受診するよう勧める。（基本健診の実施方法、実施時期については、各市町村に確認が必要）
- ⑧ チェックリストの記載状況によっては、すぐに専門医（うつ等）の受診を勧奨したり、地域包括支援センターへの相談を勧める等職種を生かした指導を実施する。
- ⑨ 地域包括支援センターや介護予防についての普及啓発の機会として捉え、積極的にPRに努める。

様式2

特定高齢者の候補者把握における薬局からの情報提供について

(薬局 → 地域包括支援センター)

地域包括支援センター 様 (FAX _____)

名称: _____ (FAX _____)

年 月 日、本薬局において基本チェックリストを実施していただきました
1) の方につきまして、該当項目がありましたので御紹介させていただきます
なお、情報提供にあたっては、ご本人の同意を仰っております。

<該当項目>

- | | | | |
|-----------------|---|-----|---|
| 1. 共通事項 (1～5) | → | () | 名 |
| 2. 運動機能 (6～10) | → | () | 名 |
| 3. 栄養改善 (11～12) | → | () | 名 |
| 4. 口腔機能 (13～15) | → | () | 名 |
| 5. 認知症 (16～17) | → | () | 名 |
| 6. 認知症 (18～20) | → | () | 名 |
| 7. うつ (21～25) | → | () | 名 |

<対応>

1. 基本健診の受診勧奨
2. 地域包括支援センターの紹介
3. その他

2. 地域包括支援センターの対応

- ① 情報提供された人については、対応結果を記載した様式3「特定高齢者の候補者把握における薬局からの情報提供について(地域包括支援センター→薬局)送付票」を、情報提供薬局に送信する。
- ② 薬局から情報提供の事前連絡があった場合、職員の誰もが対応できるよう互いに事業内容を理解し共有化を図っておく。
- ③ 個人情報の管理には十分留意する。
- ④ 情報提供された人については、電話や訪問等により状況を確認し、必要に応じて基本健診の受診勧奨や市町村で実施している介護予防事業等への参加を勧める。
- ⑤ 結果連絡の時、氏名は記載せず情報提供された時に付されていた番号を記載して送信する。
- ⑥ 提供された人の情報の活用方法については、それぞれの市町村で検討する。

様式B

特定高齢者の虐待者把握における薬局からの情報提供について
 (地域包括支援センター ⇄ 薬局)

薬局 様 (FAX)

基 礎 情 報 (FAX)

年 月 日、貴薬局から提供いただいた資料が、〇〇〇 の方につきま
 しては、上記のとおりの対応ができていたと承知しました。

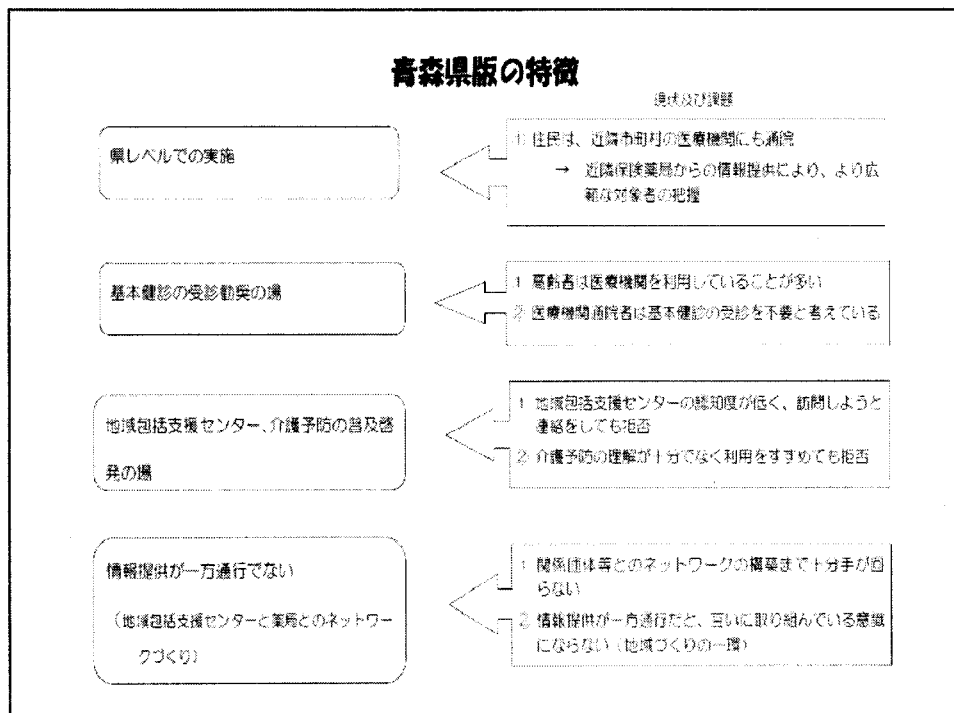
〇〇〇〇

1. 電話による状況確認
 2. 訪問による状況確認
 3. その他

1. 特定高齢者の虐待者であった
 2. 一般の高齢者であった
 3. その他

<お知らせ>

1. 市町村の基本健康診査の受診勧奨
 2. 行権予部一般高齢者利用の利用勧奨
 3. その他



まとめ

- ★ チェックリスト実施者を増やす
把握ルートの拡大

- ★ 健診の通件での実施体制の整備
随時の対応

- ★ 予防意識の普及
介護予防の理解



最後に・・・

どこの県でもできます！

